

Odontojenik Miksoma

Odontogenic Myxoma

İlknur ENİNANÇ^a, Yasemin Merve YILMAZ^a

^aSivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi ABD, Sivas, Türkiye

Bu olgu sunumu, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi 1. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi'nde (13-14 Eylül 2022, Online) sözlü olarak sunulmuştur.

ÖZET Odontojenik miksoma (OM), odontojenik mezenşimden kaynaklanan, iyi huylu, lokal invaziv bir tümördür. Çene kemiklerinde nadir görülmekle birlikte, odontojenik tümörlerin %3-6'sını oluşturur. Radyografik olarak uniloküler radyolüsent lezyondan, septalarla ayrılmış multiloküler radyolüsent lezyona kadar çeşitli tiplerde görülebilir. Sıklıkla mandibula posteriora rastlanılan tümör, çoğu zaman belirti vermeden büyür ve rutin dental muayenelerde tespit edilebilir. Radyografik olarak genellikle multiloküler izlenen tümörün benzer görüntü veren ameloblastoma, odontojenik keratokist, anevrizmal kemik kisti gibi diğer tümöral oluşumlardan ayırımı iyi yapılmalıdır. İleri görüntüleme teknikleriyle yapılan incelemeler tanıya gitmede büyük fayda sağlamaktadır. Bu olguda, OM'nin diğer benzer odontojenik tümörlerden radyografik ve klinik özellikleri ile ayırıcı tanısı hakkında bilgi vermek amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik miksoma; mandibula; multiloküler görüntü

ABSTRACT Odontogenic myxoma (OM) is a benign, locally invasive tumor arising from odontogenic mesenchyme. Although it is rarely seen in the jaw bones, it constitutes 3-6% of odontogenic tumors. Radiographically, it can be seen in various types, ranging from unilocular radiolucent lesion to multilocular radiolucent lesion separated by septa. The tumor, which is frequently seen in the posterior mandibula, often grows without symptoms and can be detected in routine dental examinations. The tumor, which is usually multilocular radiographically, should be differentiated from other tumoral formations such as ameloblastoma, odontogenic keratocyst, aneurysmal bone cyst, which have a similar appearance. Investigations performed with advanced imaging techniques provide great benefits in making the diagnosis. In this case, it was aimed to provide information about radiographic and clinical features and differential diagnosis of OM from other similar odontogenic tumors.

Keywords: Odontogenic myxoma; mandibula; multilocular view

Odontojenik miksoma (OM), odontojenik mezenşimden kaynaklanan, iyi huylu, lokal invaziv bir tümördür.^{1,2} Yalnızca yüz iskeletine ait kemiklerde gelişen miksomlar odontojenik tümörlerin %3-6'sını oluşturur.¹ Çene kemiklerinde nadir görülmekle birlikte, sıklıkla mandibulada rastlanır.³ Genellikle yaşamın 2 ve 3. dekatlarında ortaya çıkmasına rağmen herhangi bir yaşta da görülebilir, cinsiyet ayrımı göstermez.^{2,4} Klinik olarak yavaş büyüme özelliği gösterse de çene kemiklerinde destrüksiyona, yumuşak doku infiltrasyonuna veya dişlerde yer değiştirmeye neden olabilir.⁵ Çevre trabeküler kemiğe infiltre olma eğilimindedir.¹ Lokal agresif davranışlı olmasına rağmen

men malign transformasyon göstermezler ve metastaz yapmazlar.^{6,7} Çoğu zaman yapılan rutin muayene ile tesadüfi olarak fark edilirler.^{5,6} Ancak bazı durumlarda ağrı, parestezi, yüzde asimetri, diş mobilitesi gibi semptomlar ortaya çıkabilir.^{2,6,8} Radyolojik olarak uniloküler radyolüsensiden septalarla bölünmüş multiloküler radyolüseneye kadar değişen görüntü özellikleri gösterebilir.^{8,9} Multiloküler görüntü veren lezyonların karakteristik septa görüntüsü düz-ince ve birbirini dik açıyla kesen septalardır ve lezyona "tenis raketi" veya "bal peteği" görüntüsü verir.^{7,10} Farklı radyografik özellikler ile karşımıza çıkabilen OM, çeşitli neoplazilerle benzerlik gösterebilir.^{2,6,11}

Correspondence: Yasemin Merve YILMAZ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi ABD, Sivas, Türkiye

E-mail: myilmaz94@hotmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences.

Received: 09 Feb 2023

Received in revised form: 27 Mar 2023

Accepted: 03 May 2023

Available online: 08 May 2023

2146-8966 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bu çalışmada, asemptomatik şekilde büyüyerek sol mandibular angulus bölgesinden başlayıp tüm ramusu kaplayan, koronoid proçesi de içine alan, rutin radyolojik muayene sırasında rastlantısal olarak fark edilen OM'nin klinik ve radyografik özelliklerini sunmak ve benzer görüntü veren diğer lezyonlardan ayrımı hakkında literatüre bilgi vermek amaçlandı.

OLGU SUNUMU

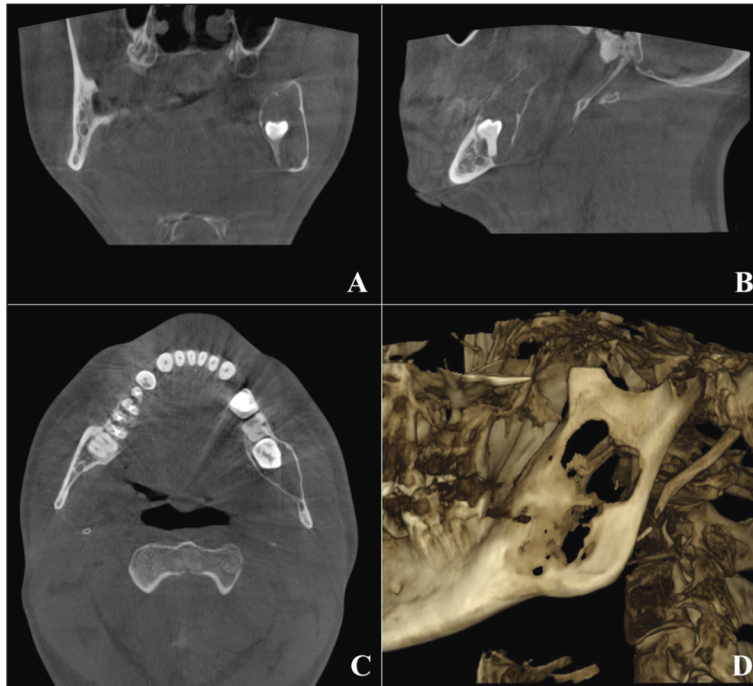
Otuz bir yaşında sistemik olarak sağlıklı erkek hasta, 37 no'lu dişinde gece uyandıran şiddetli ağrı şikâyeti ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Üniversitesi, Diş



RESİM 1: Hastanın panoramik radyografında sol angulus ve ramus bölgesinde 38 no'lu dişi içine alan lezyon.

Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi bölümüne başvurdu. İntraoral muayenede 37 numaralı dişte pulpa ekspozuna neden olmuş derin çürük görüldü ve dişin perküsyona aşırı hassas olduğu tespit edildi. Hastanın panoramik radyografında gömülü 38 no'lu dişi içine alan ve sol mandibular angulus bölgesinden başlayıp tüm ramusu kaplayan, koronoid proçesi de içine alan, kortikasyon gösteren düzgün sınırlara sahip, belirgin olmayan septalarla birlikte multiloküler görüntü veren, radyolüsent lezyon izlendi (**Resim 1**). Rastlantısal olarak fark edilen lezyon için hastanın herhangi bir şikâyeti olmadığı öğrenildi. İlgili bölgede bukkal mukoza ya da çevre yumuşak dokuda herhangi bir patoloji izlenmedi. Yapılan lenf nodu muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmayıp, hastanın yüzünde bir asimetri yoktu.

Daha detaylı inceleme için alınan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT) görüntülerinde düzgün sınırlı görülen lezyonun boyutu yaklaşık olarak 16x45x36 mm olarak ölçüldü. Lezyonda izlenen trabekül yapılarında ince, dik açılı septalar mevcuttu. Bukkal ve lingualde ekspansiyon yapan lezyonun, ramusun mediyal ve lateralinde kortikal kemikte yer yer destrüksiyona neden olduğu izlendi (**Resim 2**).



RESİM 2: Hastanın sol ramus bölgesinde, ekspansif, kortike sınırlı, dik açılı septalara sahip, multiloküler lezyonun konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntüsü. (A: Koronal, B: Sagittal, C: Aksiyal, D: 3D Rekonstrüksiyon)

Hasta bilgilendirildi ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Odontojenik keratokist, OM, ameloblastoma ön tanıları düşünülen lezyona insizyonel biyopsi yapılması amacıyla hasta ağız diş ve çene cerrahisi bölümüne yönlendirildi. Histopatolojik incelemede; dental papillaya benzer gevşek miksoid stromada, iğ şeklinde hücreler görüldü ve lezyona OM tanısı konuldu. Hasta lezyonun genişliği nedeniyle tedavisi için plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümüne sevk edildi. Tümör enükleasyon ile bölgeden temizlendi ve hasta takibe alındı.

TARTIŞMA

OM lezyonları uniloküler ya da multiloküler görüntü vererek farklı radyografik görüntü özellikleri ile karşımıza çıkabilmektedir.⁹ Peltola ve ark. 21 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, radyografik olarak lezyonların 11'inin multiloküler, 10'unun ise uniloküler radyolüsent görüntü özelliklerine sahip olduğunu ayrıca uniloküler lezyonlardan yedi tanesinin trabekülasyon göstermediğini bildirmiştir.¹²

Kaffe ve ark. 1965-1995 yılları arasında İngiliz dili literatüründe yapılmış çalışma ve sunumları içeren, histolojik olarak OM tanısı konulmuş 164 hasta üzerinde yaptığı bir literatür çalışmasında, radyografik bilgilerine ulaşılabilen 96 hastanın lezyonlarını değerlendirmiş ve lezyonların %55'ini multiloküler, %36'sını uniloküler ve %9'unu ise "tek ya da birden fazla kompartmandan oluştuğu net olarak ayırt edilemeyen" şeklinde tanımlayıp, loküle değil olarak belirtmiştir.¹³ Yapılan bir başka çalışmada ise radyografik özellikleri bilinen 281 OM olgusunun 173'ünün (%61,5) multiloküler, 97'sinin (%34,5) uniloküler, 11'inin (%4) ise mikst görüntü verdiği tespit edilmiştir.¹⁰

Zhang ve ark. 1964 ve 2005 yılları arasında oral radyoloji ana bilim dalına başvuran, histolojik olarak tanı konulmuş 41 OM hastası üzerinde yaptığı çalışmada, lezyonları radyografik görüntü özellikleri açısından 6 ayrı tipe ayırmış ve bunları uniloküler (Tip I), multiloküler (Tip II), lokal alveol kemiği tutan (Tip III), maksiller sinüsü içeren (Tip IV), osteolitik yıkım (Tip V), osteolitik yıkım ve osteogenezin bir kombinasyonu (Tip VI) olarak sınıflandırmıştır.¹⁴ Yalnızca 12 hastanın OM'nin tipik

radyografik görüntüsü kabul edilen düz, kavisli, kalın ya da ince septa ile ayrılmış farklı boyutlarda izlenen radyolüsent alan olarak tanımlanan multiloküler tip (Tip II) lezyon tanımlamasına uyduğu belirtilmiştir.¹⁴

Bu vakada klasik düz, ince septa özelliğini taşımakta olan lezyon, Zhang ve ark.'nın Tip II olarak kategorize ettikleri lezyon tanımlamasına uymakta olup, yine yukarıda bahsedilen çalışmalardaki gibi kemik trabekülleri ile iki veya daha fazla kompartmana ayrılmış multiloküler lezyon özelliklerini göstermektedir.^{12,13}

Farklı tipte lezyon özellikleriyle karşımıza çıkan OM, radyolojik inceleme yapılırken benzer görüntüler veren lezyonlardan ayırt edilmelidir.^{12,14} Uniloküler görüntü veren OM lezyonlarının periapikal, lateral periodontal ve travmatik kemik kisti ile multiloküler görüntü veren OM lezyonların ise ameloblastoma, intraosseöz hemanjiyom, anevrizmal kemik kisti, santral dev hücreli granülom, odontojenik keratokist ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^{5,12,15} Tanı, insizyonel biyopsi ile doğrulanmalıdır.⁵ Santral dev hücreli granülom miksomdan farklı olarak çenelerin anteriorunda ortaya çıkma eğilimindedir.^{1,12} Anevrizmal kemik kisti çenelerde büyük boyutlara ulaşırken ağrı yapmasıyla, intraosseöz hemanjiyom ise aspirasyonda pozitif sonuç alınmasıyla miksomdan ayırt edilebilir.^{1,12} Ameloblastom radyografide kavisli, kaba, yuvarlak septa oluşturan lobüler görünüme sahip iken miksomlar ise keskin, kalın, düz, ince ve birbirini dik açıyla kesen septalar ile "tenis raketi" ya da "merdiven benzeri" görünümü sergiler.^{1,7,15}

Bu olguda görülen multiloküler lezyonun posteriorunda olması benzer özellikler gösteren anevrizmal kemik kisti, ameloblastoma, odontojenik keratokist ile ayırıcı tanısının yapılmasını gerektirdi. Anevrizmal kemik kistinin daha genç bireylerde görülmesi, ameloblastomanın ise daha ileri yaşlarda görülmesi ile OM'den ayırıcı tanısı yapıldı. Hastadan alınan biyopsi esnasında yapılan aspirasyonda herhangi bir materyale rastlanılmaması odontojenik keratokistin visköz ya da peynirimsi sıvı içeriğiyle uyumsuzdu.¹

Manyetik rezonans (MR) teknikleri, lezyonun tam olarak tespit edilmesinde özellikle çevre yumuşak dokuların etkilenip etkilenmediğinin anlaşılma-

sında büyük öneme sahiptir.^{8,14} Bilgisayarlı tomografi (BT) ve KIBT tümörün sınırlarının ve iç yapısının ayrıntılı olarak incelenmesi, kemik yıkım alanları ile lezyonun bitişik yapılara olan etkisini göstermede faydalı yöntemlerdir.^{6,15} Hastanın panoramik radyografında lezyonun septa özelliklerinin ayrıntılı olarak izlenememesi nedeniyle KIBT incelemesi yapıldı ve OM'nin karakteristik septa özelliği olan dik açılı olarak görülmesi lezyonun ön tanısını kolaylaştırdı. OM'nin radyografik olarak gösterdiği çeşitlilik nedeniyle kesin tanıya gitmek için detaylı radyografik inceleme sonrası biyopsi yapılması gereklidir.^{2,6,11}

Sonuç olarak OM lezyonlarının tespit ve tedavisinde panoramik radyograflar bize lezyon hakkında yeterli bilgi vermeyebilir. Bu tarz lezyonların ayırıcı tanıların yapılması ve lezyonun çevre dokuya etkilerinin anlaşılması için KIBT, BT, MR görüntüleme ile ayrıntılı değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

OM lezyonlarının radyolojik incelemelerinde çok çeşitli görüntüler olsa da bu vakada olduğu gibi ileri görüntüleme tekniklerinden destek alınıp daha ayrıntılı inceleme sağlanarak dik açılı septa ve mul-

tiloküler görüntülerin izlenmesi OM tansına gidilmesini kolaylaştırır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: İlknur Eninanç, Yasemin Merve Yılmaz; **Tasarım:** İlknur Eninanç, Yasemin Merve Yılmaz; **Denetleme/Danışmanlık:** İlknur Eninanç; **Analiz ve/veya Yorum:** İlknur Eninanç; **Kaynak Taraması:** İlknur Eninanç, Yasemin Merve Yılmaz; **Makalenin Yazımı:** İlknur Eninanç, Yasemin Merve Yılmaz; **Eleştirel İnceleme:** İlknur Eninanç.

KAYNAKLAR

- White SC, Pharoah Michael J. Oral Radiology: Principles and Interpretation. 6th ed. Singapore: Elsevier; 2012.
- Carvalho de Melo AU, de Farias Martorelli SB, Cavalcanti PH, Gueiros LA, Martorelli Fde O. Maxillary odontogenic myxoma involving the maxillary sinus: case report. Braz J Otorhinolaryngol. 2008;74(3):472-5. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Dotta JH, Miotto LN, Spin-Neto R, Ferrisse TM. Odontogenic myxoma: systematic review and bias analysis. Eur J Clin Invest. 2020;50(4):e13214. [Crossref] [PubMed]
- Singaraju S, Wanjari SP, Parwani RN. Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of a rare case and review of the literature. J Oral Maxillofac Pathol. 2010;14(1):19-23. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Francisco AL, Chulam TC, Silva FO, Ribeiro DG, Pinto CA, Gondak RO, et al. Clinicopathologic analysis of 14 cases of odontogenic myxoma and review of the literature. J Clin Exp Dent. 2017;9(4):e560-e3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Akkitap MP, Gümrü B, Targın B, İdman E. Odontogenic myxoma: clinical and radiographic characteristics of two cases. Eur J Dent. 2020;4(2):75-80. [Crossref]
- Koenig LJ, Tamimi DF, Petrichowski G, Perschbacher SE. Diagnostic Imaging: Oral and Maxillofacial E-Book. 2nd ed. Elsevier Health Sciences; 2017.
- Boffano P, Gallesio C, Barreca A, Bianchi FA, Garzino-Demo P, Rocchia F. Surgical treatment of odontogenic myxoma. J Craniofac Surg. 2011;22(3):982-7. [Crossref] [PubMed]
- Albanese M, Nocini PF, Fior A, Rizzato A, Cristofaro MG, Sancassani G, et al. Mandibular reconstruction using fresh frozen bone allograft after conservative enucleation of a mandibular odontogenic myxoma. J Craniofac Surg. 2012;23(3):831-5. [Crossref] [PubMed]
- Vasconcelos ACU, Silveira FM, Gomes APN, Tarquinio SBC, Sobral APV, de Arruda JAA, et al. Odontogenic myxoma: a 63-year retrospective multicenter study of 85 cases in a Brazil population and a review of 999 cases from literature. J Oral Pathol Med. 2018;47(1):71-7. [Crossref] [PubMed]
- Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, Bouckaert MM. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;104(1):101-9. [Crossref] [PubMed]
- Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma—a radiographic study of 21 tumours. Br J Oral Maxillofac Surg. 1994;32(5):298-302. [Crossref] [PubMed]
- Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. Dentomaxillofac Radiol. 1997;26(5):299-303. [Crossref] [PubMed]
- Zhang J, Wang H, He X, Niu Y, Li X. Radiographic examination of 41 cases of odontogenic myxomas on the basis of conventional radiographs. Dentomaxillofac Radiol. 2007;36(3):160-7. [Crossref] [PubMed]
- Araki M, Kameoka S, Matsumoto N, Komiya K. Usefulness of cone beam computed tomography for odontogenic myxoma. Dentomaxillofac Radiol. 2007;36(7):423-7. Erratum in: Dentomaxillofac Radiol. 2010;39(5):322. Matsumoto, N [corrected to Matsumoto, N]. [Crossref] [PubMed]